MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

**UNIVERSITÉ PAUL SABATIER**

118, route de Narbonne - 31 - TOULOUSE

ANNÉE 1971 N° 151

# INDICATIONS de la CÉSARIENNE

## DANS LES ACCOUCHEMENTS EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

**1958 à 1967**

**Etude faite à la Clinique obstétricale de la Faculté de Toulouse**

## THÈSE

**pour le Doctorat en Médecine**

*Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1971*

PAR

**Robert GARANTO**

MEMBRES DU JURY

| | |
|---|---|
| MM. MONROZIÈS, | *Président* |
| POULHES | |
| ESPAGNO Guy | *Assesseurs* |
| DALOUS | |
| PONTONNIER G. | *Suppléant* |

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, place du Salin
TOULOUSE
1971

# INDICATIONS de la CÉSARIENNE

## DANS LES ACCOUCHEMENTS EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

Etude faite à la Clinique obstétricale de la Faculté de Toulouse

# UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE

| | |
|---|---|
| Président de l'Université | M. LARENG |
| 1er Vice-Président | M. MATHIS |
| 2e Vice-Président | M. MARTIN |
| 3e Vice-Président | M. MOUNIQ |
| Secrétaire Général | M. PRINEAU J.-P. |

## TABLEAU DU PERSONNEL

## UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

| | |
|---|---|
| Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN | M. MONNIER |
| Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL | M. ENJALBERT |

### HONORARIAT

| | |
|---|---|
| Doyen honoraire | MM. LAZORTHES |
| Doyen honoraire | CALVET |
| Doyen honoraire | BRUSTIER |
| Professeur honoraire | DELAS |
| Professeur honoraire | RISER |
| Professeur honoraire | BUGNARD |
| Professeur honoraire | VINCENT |
| Professeur honoraire | MOREL |
| Professeur honoraire | MM. VALLOIS |
| Professeur honoraire | TAPIE |
| Professeur honoraire | BOUISSET |
| Professeur honoraire | CALMETTES |
| Professeur honoraire | THOMAS |
| Professeur honoraire | LAGROT |
| Professeur honoraire | DESFORGES-MERIEL |
| Professeur honoraire | FABRE P. |
| Professeur honoraire | JAHIER |

### PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| Clinique Médicale et Cardiologique | MM. DARDENNE | Purpan |
| Clinique Médicale Sud | GADRAT | Purpan |
| Clinique Chirurgicale | FICAT | Rangueil |
| Clinique Chirurgicale A et Gynécologie | POULHES | Rangueil |
| Clinique Chirurgicale B et du Cancer | GRIMOUD | Purpan |
| Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie | PASQUIE | Purpan |
| Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique | RIEUNAU | Purpan |
| Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire | ENJALBERT | Rangueil |
| Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques | BAZEX | Purpan |
| Clinique des Maladies des Voies Urinaires | LHEZ | Purpan |
| Clinique des Maladies Infectieuses | ARMENGAUD | Purpan |
| Clinique Médicale Infantile et Puériculture | SOREL | Purpan |
| Clinique Médicale de la Première Enfance | BARDIER | Purpan |
| Clinique de Neuro-Chirurgie | LAZORTHES G. | Rangueil |
| Clinique Neurologique et Psychiatrique | GERAUD | Rangueil |
| Clinique Obstétricale | PONTONNIER | Rangueil |
| Clinique Odonto-Stomatologique | CADENAT | Rangueil |
| Clinique Ophtalmologique | DEODATI | Rangueil |
| Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale | CALVET | Purpan |
| Clinique de Pneumo-phtisiologie | DELAUDE | Purpan |
| Clinique Rhumatologique | RUFFIE René | Purpan |
| Accouchement et Obstétricie Sociale | MONROZIES | Purpan |
| Anatomie | BASTIDE | Purpan |
| Anatomie Pathologique | FABRE Jacques | Purpan |
| Anatomie Appliquée | ... | ... |
| Anesthésie et Réanimation | LARENG L. | Purpan |
| Bactériologie | Mme ENJALBERT | Rangueil |
| Biophysique Médicale A | MM. AUVERGNAT | Purpan |
| Biophysique Médicale B | BRU | Rangueil |
| Cardiologie Clinique et Expérimentale | CALAZEL | Rangueil |
| Chimie Biologique | VALDIGUIE P. | Purpan |
| Electro-Radiologie | MARQUES | Rangueil |
| Embryologie Générale | BROUSSY Jean | Purpan |
| Hématologie | RUFFIE Jacques | Purpan |
| Histologie | BIMES | Rangueil |
| Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie | ... | ... |
| Hygiène et Médecine Sociale | MONNIER | Purpan |
| Immunologie | DUCOS | Purpan |
| Médecine Légale et Médecine du Travail | PLANQUES | Purpan |
| Pathologie Chirurgicale | DAMBRIN | Purpan |
| Pathologie Générale et Médecine Expérimentale | SENDRAIL | Purpan |

UNIV. LEIDEN BIBL.

| | | |
|---|---|---|
| Pathologie Médicale | RIBAUT | Purpan |
| Physiologie | LAPORTE Yves | Rangueil |
| Physiologie Appliquée et Pharmacologie | BAISSET | Rangueil |
| Séméiologie et Clinique Médicale | LAPORTE Jacques | Purpan |
| Thérapeutique | DARNAUD | Rangueil |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

| | | |
|---|---|---|
| Histologie et Embryologie | MM. GUILHEM | Rangueil |
| Anatomie Pathologique | BOUISSOU | Rangueil |
| Biochimie Médicale | DOUSTE-BLAZY | Rangueil |
| Histologie et Embryologie | PLANEL | Purpan |
| Oto-Rhino-Laryngologie | CLAUX | Rangueil |
| Chirurgie Générale | GEDEON | Rangueil |
| Médecine Générale | RASCOL | Purpan |
| Pathologie Médicale | BOULARD | Purpan |
| Physiologie | MONTASTRUC | Rangueil |
| Physiologie | BESSOU | Purpan |
| Pneumo-Phtisiologie | MIGUERES | Rangueil |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie Pathologique | M. FABRE Jean | Rangueil |
| Bactériologie, Parasitologie, Virologie | Mme LARENG M.-B. | Purpan |
| Biochimie Médicale | MM. VALDIGUIE Pierre | Rangueil |
| Carcinologie | ESTRADE | Purpan |
| Chirurgie Générale | SARRAZIN | Rangueil |
| Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire | ESCHAPASSE | Purpan |
| Electro-Radiologie | PONS | Purpan |
| Electro-Radiologie | ROULLEAU | Rangueil |
| Médecine Générale et Thérapeutique | BOLLINELLI | Purpan |
| Médecine Générale | ARLET | Rangueil |
| Pédiatrie | DALOUS | Purpan |
| Neuro-Chirurgie | ESPAGNO Jacques | Purpan |
| Psychiatrie | GAYRAL | Purpan |
| Médecine Générale Thérapeutique | SUC | Rangueil |
| Pédiatrie | REGNIER | Purpan |
| Médecine Générale | RIBET | Rangueil |

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie et Organogénèse | MM. JUSKIEWENSKI | Rangueil |
| Anesthésiologie | VIRENQUE C. | Rangueil |
| Bactériologie-Virologie | Mme DIDIER | Rangueil |
| Biophysique | MM. REGIS | Rangueil |
| Biophysique | GUIRAUD R. | Purpan |
| Cardiologie | BOUNHOURE | Rangueil |
| Chirurgie Générale | ESCAT Jean | Rangueil |
| Chirurgie Générale | COSTAGLIOLA | Purpan |
| Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire | PUEL | Rangueil |
| Dermatologie, Vénéréologie | DUPRE | Rangueil |
| Gynécologie et Obstétrique | PONTONNIER Georg. | Rangueil |
| Histologie, Embryologie, Cytogénétique | SOLEILHAVOUP | Purpan |
| Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang | BIERME R. | Rangueil |
| Médecine Générale et Thérapeutique | BES | Rangueil |
| Médecine Interne | FEDOU R. | Purpan |
| Médecine Interne | LE TALLEC | Rangueil |
| Médecine Légale | GREZES-RUEFF | Purpan |
| Médecine du Travail | PUJOL M. | Purpan |
| Néphrologie | CONTE Jean | Purpan |
| Neurochirurgie | LAZORTHES Y. | Rangueil |
| Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique | UTHEZA Guy | Rangueil |
| Parasitologie | LARROUY | Purpan |
| Pédiatrie Génétique Médicale | ROCHICCIOLI | Rangueil |
| Pneumo-Phtisiologie | ALBAREDE J.-L. | Purpan |
| Pneumo-Phtisiologie | JOVER | Rangueil |
| Physiologie | GERAL J.-P. | Rangueil |
| Physiologie | PAGES B. | Purpan |
| Radiologie | COMBES P. | Purpan |
| Rhumatologie | FOURNIE A. | Purpan |
| Thérapeutique | DENARD | Purpan |
| Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie | SALVADOR M. | Purpan |
| Urologie | PONTONNIER Franc. | Purpan |

## AGRÉGÉS

| | | |
|---|---|---|
| Chirurgie Générale | MM. GAUBERT | Purpan |
| Ophtalmologie | BEC | Purpan |

## AGRÉGÉS LIBRES

| | | |
|---|---|---|
| Chirurgie Générale | MM. SOUQUET | Purpan |
| Pathologie Chirurgicale | DIEULAFE | Rangueil |
| Pathologie Expérimentale | GLEIZES | Purpan |
| Obstétrique | ESPAGNO G. | Rangueil |

## MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ

| | | |
|---|---|---|
| Psychiatrie | M. LABOUCARIE | Purpan |

L'Université P.-Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération en date du 12 mai 1891)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536520_0066

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance pour ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE, MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

## MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MONROZIÈS

*Professeur d'Accouchement et d'Obstétricie Sociale,*
*Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.*

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait de nous avoir confié ce travail, pour avoir accepté la présidence de notre jury de thèse et pour l'enseignement que nous avons reçu de lui.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

## MONSIEUR LE PROFESSEUR J. POULHÈS

*Professeur de Clinique Chirurgicale,*
*Chirurgien des Hôpitaux.*

Nous le remercions pour son enseignement et pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter de juger notre thèse.

## MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY ESPAGNO

*Professeur Agrégé d'Obstétrique.*

Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

## MONSIEUR LE PROFESSEUR DALOUS

*Professeur de Pédiatrie,*
*Médecin des Hôpitaux.*

Nous tenons à le remercier pour la bienveillance qu'il nous a manifesté lors de notre passage dans son Service et pour la spontanéité avec laquelle il a accepté de siéger à notre jury de thèse.

## MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES PONTONNIER

*Maître de Conférences Agrégé,*
*Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.*

Nous le remercions pour l'amabilité avec laquelle il a accepté de juger notre travail.

## A MONSIEUR LE DOCTEUR M. BARDENAT

*Ancien Chef de Clinique,*
*Assistant des Hôpitaux.*

Nous tenons particulièrement à le remercier pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans l'élaboration de notre travail.

Qu'il trouve ici l'expression sincère de notre respectueuse amitié.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIEN
DE L'HOPITAL DE SAINT-GAUDENS

DOCTEUR R. BERGÈS, DOCTEUR M. BOURDIN,
DOCTEUR L. CORMAN, DOCTEUR H. FONT

Pour leurs conseils éclairés lors de mon passage dans leurs Services.

A MESSIEURS LES DOCTEURS M. CALAS
ET M. TARRÈNE

Leur grande expérience de Médecins Généralistes me servira de guide dans ma future profession.

## PLAN DE LA THÈSE

1. Introduction.

2. Matériel d'étude, les observations.

3. Indications de la césarienne :

   — Les disproportions fœto-pelviennes.

   — Les dystocies dynamiques pures.

   — Les anomalies des parties molles.

   — Procidence du cordon et souffrance fœtale.

   — Maladies maternelles.

   — Enfants précieux.

   — Grossesses pathologiques.

4. Eléments étiologiques.

5. Le pronostic.

6. Conclusion.

7. Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

# INTRODUCTION

La présentation du siège est une présentation relativement fréquente puisqu'elle représente classiquement 3 % des présentations (PINARD).

Cette présentation est considérée comme eutocique, pouvant conduire à un accouchement spontané par voie basse. Toutefois, les risques fœtaux sont nettement supérieurs à ceux rencontrés lors des accouchements en présentation du sommet.

Cette présentation a pour particularité d'amener le fœtus à progresser dans la filière pelvi-génitale à « rebrousse-poil ». Les difficultés iront en augmentant du pôle pelvien vers le pôle céphalique-dernier et c'est à ce niveau que réside le point crucial. Ceci impose une étude précise des éléments du pronostic, l'abandon éventuel de la voie basse au profit de la césarienne jusqu'à la phase expulsive comprise, enfin une assistance à l'expulsion dans laquelle l'erreur technique n'est plus permise.

L'accouchement en présentation du siège doit être donc considéré comme potentiellement dystocique et tout doit être mis en œuvre pour assurer à la parturiente et à l'enfant les meilleures garanties possibles.

Une présentation du siège persistant au-delà du huitième mois devra subir une tentative de version par manœuvres externes. Cette manœuvre ayant échoué, dans les observations que nous retenons, il faudra prendre une série de mesures que nous exposerons ci-dessous.

L'examen clinique avant le début du travail nous permettra de juger de l'état du bassin : le toucher vaginal nous donnera une indication sur le diamètre antéro-postérieur, sur la concavité sacrée et sur la saillie plus ou moins importante des épines sciatiques.

Actuellement pratiquée par des radiologues rompus à cette technique, la radio-pelvimétrie nous fournit des renseignements beaucoup plus précis sur les dimensions des différents diamètres pelviens et sur l'orientation de ces diamètres, ainsi que sur les diamètres céphaliques du fœtus.

L'appréciation du volume fœtal peut se faire de façon approximative par le palper abdominal et la mesure de la hauteur utérine.

D'autres notions vont nous guider également dans l'attitude à adopter :

— la qualité du muscle utérin (sa forme qui pourra être normale, cordiforme, cylindrique, son développement, la notion d'une césarienne antérieure, l'âge de la parturiente) ;

— l'état du périnée ;

— l'état général de la mère ;

— l'état de l'enfant, pour nous faire préférer la voie haute d'emblée à l'expulsion par les voies naturelles.

Après ce bilan, s'il y a certitude de dystocie, nous pratiquerons une césarienne. Dans certains cas beaucoup plus fréquents, nous déciderons une tentative d'accouchement par voie basse, sous réserve d'une évolution satisfaisante. A dilatation complète, nous pratiquerons une perfusion d'ocytociques, le débit étant réglé en fonction de la réponse du muscle utérin. Nous mettons actuellement 5 unités de syntocinon dans 250 ml de sérum glucosé et nous réglons le débit à 8 milli-unités par minute. Les bruits du cœur fœtal sont suivis attentivement pour déceler une souffrance fœtale. Si la présentation refuse de s'engager ou si elle cesse de progesser, il faudra pratiquer une césarienne.

Le déroulement satisfaisant dépend en partie de l'attitude suivie par l'accoucheur, ce dernier doit parfaitement connaître le mécanisme de l'accouchement et doit pouvoir juger de façon nette de son déroulement.

L'accouchement pourra se faire par voie basse avec un minimum de manœuvres en s'aidant pour l'expulsion de la tête-dernière de la manœuvre de Bracht. La manœuvre de Mauriceau, l'application de forceps, comportent un risque certain pour le fœtus lors du passage de la tête-dernière. Aussi faudra-t-il savoir porter correctement l'indication de césarienne.

Cette intervention comporte des risques opératoires minimes, mais elle apparaît comme un facteur certain d'amélioration du pronostic fœtal à court terme et à long terme.

Le pronostic fœtal, quel que soit le mode de terminaison de l'accouchement, est variable selon les statistiques et les conditions dans lesquelles se produisent les accouchements, la mortalité s'élève environ à 4 %. La morbidité fœtale est par contre beaucoup plus importante, elle est due surtout aux manœuvres obstétricales lors de l'expulsion :

— mort apparente du nouveau-né avec les problèmes de réanimation et de séquelles qu'elle comporte,

— élongation du plexus brachial,

— hémorragies méningées,

— fractures de membres.

Le pronostic maternel est généralement excellent, toutefois les déchirures périnéales sont plus fréquentes que dans les cas de sommet bien fléchi.

Dans notre texte nous avons utilisé un certain nombre d'abréviations dont nous indiquerons ci-dessous la signification :

DS = détroit supérieur.

HU = hauteur utérine.

PDE = poche des eaux.

TV = toucher vaginal.

SIDP = sacro-iliaque droite postérieure.

SIDA = sacro-iliaque droite antérieure.

SIGA = sacro-iliaque gauche antérieure.

DTM = diamètre transverse maximum.

DTU = diamètre transverse utile.

DOD et DOG = diamètres obliques droit et gauche.

DPRP = diamètre promonto-rétro-pubien.

DBS = diamètre bi-sciatique.

DPS = diamètre postéro-sagittal.

*
**

CHAPITRE II

# MATÉRIEL D'ÉTUDE

Notre travail a porté sur les césariennes pour présentation du siège relevées dans les archives de la Clinique obstétricale (Pr P. Guilhem, Pr A. Pontonnier) de 1958 à 1967.

Pendant cette période, nous relevons 44 césariennes qui correspondent à 281 présentations du siège. Parmi ces observations, il convient d'éliminer de nos statistiques les enfants d'un poids inférieur à 2,500 kg à la naissance, les jumeaux, les fœtus morts avant tout début de travail. Il nous reste donc 213 observations qui répondent aux critères précités.

Le chiffre des césariennes représente donc 20,6 % de l'ensemble des césariennes. Il est supérieur à celui de la majorité des statistiques :

Pigeaud : 7 %, Burger : 7 %, Lacomme : 14,8 %. Seuls les chiffres rapportés par Rouchy : 20,1 %, par J.-H. Soutoul et G. Liska : 17,3 %, par H. Serment, sont comparables aux nôtres.

Nous avons résumé dans ce chapitre les 44 observations de présentations du siège qui se sont terminées par une césarienne. Nous avons classé ces observations par ordre chronologique de 1 à 44.

## OBSERVATIONS

### Observation n° 1 (1958 - 40)

M^me^ B...

M^me^ B... est une primipare âgée de 23 ans qui entre dans le Service en début de travail.

L'examen montre une présentation du siège et une procidence du cordon, ce dernier sortant par la vulve. La césarienne est pratiquée et permet d'extraire un enfant pesant 3,200 kg.

### Observation n° 2 (1958 - 203)

M^me^ C... Juliette.

M^me^ C... est une troisième pare ayant accouché en 1947 d'un enfant en présentation du siège et pesant 1,500 kg et en 1953 ayant eu une césarienne pour bassin cliniquement limite et notion de gros fœtus (3,540 kg).

Elle entre dans le Service à terme, l'examen montre une HU à 34 cm, un siège amorcé en gauche, au TV un col dilaté à 2 cm, la PDE est rompue.

En raison des antécédents et devant la notion d'un gros enfant possible, on décide une césarienne qui permet d'extraire une fille pesant 4 kg.

### Observation n° 3 (1958 - 802)

M^me^ R... Marie-Louise.

M^me^ R... est une primipare âgée de 23 ans. Elle entre dans le Service à terme avec une présentation du siège en gauche, une HU à 34 cm et quelques contractions espacées. Le bassin exploré radiologiquement est de type dolichopellique légèrement asymétrique, l'indice de Mengert est de 136, l'indice de Magnin de 234, l'angle d'inclinaison lombo-sacré est de 124° et l'angle d'inclinaison du détroit supérieur est de 26°.

Le lendemain, 14 h 30, le col est dilaté à 2 cm, rupture spontanée de la PDE. A 17 h, le col est dilaté à 4 cm.

En raison de la notion d'un gros enfant et d'un travail qui évolue lentement, on décide une césarienne qui permet d'extraire une fille pesant 4,080 kg.

### Observation n° 4 (1959 - 383)

M^me^ B... Andrée.

M^me^ B... est une primipare âgée de 21 ans. La présentation du siège est découverte en consultation prénatale; une tentative de version se solde par un échec. Une radiopelvimétrie montre un sacrum légèrement redressé.

M^me^ B... entre à terme dans le Service à 0 h 30 pour rupture prématurée de la PDE, la HU est de 37 cm, le col effacé perméable au doigt, à 6 h 30 le col est dilaté à 2 cm, à 9 h 30 la dilatation est de 3 cm.

Devant la notion d'un gros enfant et d'un travail qui évolue lentement, une césarienne est pratiquée donnant le jour à un enfant de 4,140 kg.

### Observation n° 5 (1959 - 581)

M^me^ M... Dolorès.

M^me^ M... entre dans le Service à terme (primipare âgée de 26 ans). L'examen clinique montre un siège élevé en gauche, une HU à 33 cm. Au TV l'excavation est vide, le promontoire est non atteint. La radio-pelvimétrie montre un bassin de type brachipellique avec un DPRP limite: toutefois, l'indice pelvien de Mengert est de 117 et l'indice de Magnin de 217. Le lendemain, 6 h, rupture spontanée de la PDE en tout début de travail. A 11 h 30, pas de progression de la présentation qui reste au-dessus du détroit supérieur. A 17 h, le col mince est dilaté à 7 cm, et le siège décomplété est mobilisable.

A 19 h 30, devant la stagnation du travail, la notion d'un bassin limite et d'un fœtus paraissant gros, on décide une césarienne donnant le jour à un garçon de 3,550 kg.

### Observation n° 6 (1959 - 943)

M^me^ P... Angèle.

M^me^ P... est une primipare âgée de 21 ans. Elle entre dans le Service à terme. Il s'agit d'une présentation du siège fixée en droite, la HU est de 38 cm, le col est incomplètement effacé, perméable au doigt. Les contractions ont débuté à 3 h. A 9 h, le col est mince, la PDE

très bombante, dilatation 4 cm. A 10 h 30, rupture de la PDE, le TV montre un siège décomplété en droite, dilatation 5 cm. 15 h, dilatation 6 cm, contractions irrégulières.

20 h, même rythme des contractions; au TV pas de modifications.

21 h 15, décision de césarienne en raison de cette dystocie dynamique. Elle permet de donner le jour à un gros enfant pesant 4,400 kg.

### Observation n° 7 (1959 - 997)

M^me^ L... Marcelle.

M^me^ L... est une primipare âgée de 35 ans qui présente une luxation bilatérale des hanches. Elle entre dans le Service à terme à 19 h avec contractions utérines et rupture de la PDE. Le siège est engagé en SIDP. L'abduction est limitée à 30°.

La césarienne est décidée en raison d'impossibilité prévisible d'expulsion due à l'enkylose des hanches. Elle permet d'extraire un garçon pesant 2,980 kg.

### Observation n° 8 (1959 - 1006)

M^me^ E... Françoise.

Procidence du cordon; signes de souffrance fœtale.

### Observation n° 9 (1960 - 937)

M^me^ B... Virginie.

M^me^ B... est une primipare âgée de 22 ans ayant fait deux fausses couches spontanées en 1958 et 1959 à 2 mois et demi de grossesse. Une radio-pelvimétrie pratiquée un mois avant le terme montre un bassin de dimensions sensiblement normales avec un sacrum légèrement redressé. L'examen, à l'entrée dans le Service à terme, révèle une présentation du siège avec HU de 39 cm.

Vu la notion clinique de gros enfant précieux, on décide une césarienne qui permet d'extraire une fille de 3,680 kg.

### Observation n° 10 (1960 - 1058)

M^me^ C... Yvette.

M^me^ C... est une primipare âgée de 21 ans qui entre dans le Service pour contractions et rupture de la PDE.

L'examen à 10 h 30 montre un siège décomplété en gauche, une HU à 34 cm et au TV un col effacé, dilaté à 4 cm. A 14 h 30, la présentation reste élevée, la dilatation est à 8 cm. 17 h 15, pas de modifications.

A 18 h, décision de césarienne qui donne le jour à une fille pesant 4,290 kg.

### Observation n° 11 (1960 - 1368)

M^me S... Germaine.

M^me S... est une primipare âgée de 28 ans qui entre à terme dans le Service pour rupture prématurée des membranes. Il s'agit d'un siège décomplété en droite. La radio-pelvimétrie montre que le bassin est normal. La hauteur utérine est de 39 cm. Trois heures après son entrée, pas de modifications du col utérin qui reste perméable au doigt.

Décision de césarienne en raison de la notion d'un gros enfant (poids après la naissance : 3,850 kg).

### Observation n° 12 (1960 - 1408)

M^me S... Paulette.

M^me S... est une troisième pare âgée de 24 ans qui a fait en 1958 une fausse couche à 3 mois de grossesse et en 1959 a expulsé à 8 mois de grossesse un enfant mort et macéré. La grossesse actuelle a bénéficié d'un traitement hormonal en raison de bilans endocriniens perturbés.

M^me S... entre dans le Service à terme après rupture de la PDF avec une présentation du siège décomplétée mobile en droite. Le col est perméable au doigt. Le bassin est cliniquement normal, mais mauvais arc antérieur.

Devant cette grossesse précieuse ayant justifié un traitement hormonal, on décide une césarienne qui permet d'extraire une fille pesant 2,660 kg.

### Observation n° 13 (1961 - 251)

M^me^ H... Lélia.

M^me^ H... est une primipare âgée de 19 ans qui entre à terme dans le Service pour contractions ayant débuté dans la matinée. A l'examen, présentation du siège mobile en droite, HU 34 cm, le col est effacé, dilaté à 2 cm, la PDE est bombante. On note de plus une prise pondérale de 20 kg. Après 12 heures d'un travail évoluant très lentement et l'impression de gros enfant, on décide de pratiquer une césarienne qui donne le jour à un garçon pesant 3,600 kg.

### Observation n° 14 (1961 - 326)

M^me^ B... Yvette.

Dans les antécédents de M^me^ B... on note une ablation du rein droit pour tuberculose rénale. La parturiente est quatrième pare ayant eu en 1956 un accouchement normal (2,810 kg), en 1957 une césarienne pour présentation en épaule (3,360 kg), en 1959 une application de spatules de Thierry pour fatigue maternelle.

Elle entre dans le Service à terme pour contractions rapprochées; au TV, le col est effacé, perméable à un doigt. La présentation du siège mobile en gauche est élevée. Une heure plus tard, la dilatation passe à 3 cm, on perçoit un siège complet en gauche, la PDE est intacte.

La césarienne est pratiquée en raison de l'utérus cicatriciel et permet d'extraire un garçon de 3,500 kg.

### Observation n° 15 (1962 - 64)

M^me^ V... Chantal.

M^me^ V... est une primipare âgée de 21 ans qui entre à terme dans le Service en début de travail (20 h 15). A l'examen clinique, le siège est décomplété en gauche, HU 30 cm; au TV, le col est effacé, dilaté à 1 cm.

Le lendemain, 9 h, contractions irrégulières de faible intensité, la parturiente est agitée, le col est effacé, dilaté à 1 cm.

A 18 h 25, décision de césarienne pour un travail évoluant lentement chez une primipare ayant un bassin de type mésatipellique avec un sacrum plat et faux promontoire (fille de 3,120 kg).

### Observation n° 16 (1962 - 456)

M^me^ G... Valérie.

M^me^ G... est une primipare qui entre dans le Service à terme avec une présentation du siège et état de prééclampsie (albuminurie : 3 g et TA : 19-13). Elle n'est pas en travail. L'examen révèle une HU à 28 cm, une PDE rompue, le col long est perméable au doigt.

La césarienne est décidée en raison de cet état de prééclampsie et du fait qu'il s'agit d'une primipare âgée. Elle permet d'extraire un garçon pesant 2,010 kg, qui meurt peu après dans un Service de prématurés.

### Observation n° 17 (1962 - 783)

M^me^ R... Arlette.

M^me^ R... est une deuxième pare dont le premier enfant est mort en cours de travail. L'examen clinique du bassin révèle un sacrum plat explorable sur toute sa hauteur, un promontoire accessible, des épines sciatiques saillantes. Les parties molles sont étriquées.

Etant donné les antécédents et une gestation de 8 mois révolus, devant la présentation du siège qui est très élevée, on décide de faire une césarienne qui permet d'extraire un garçon de 3,650 kg.

### Observation n° 18 (1962 - 816)

M^me^ B... Monique.

M^me^ B... est une primipare âgée de 21 ans.

Elle est césarisée à terme étant donné une présentation du siège et un bassin anormal tel qu'en témoigne la radio-pelvimétrie.

Index de Mengert : 115,5.

Index de Magnin : 215 (Cf. Tableau des radio-pelvimétries).

### Observation n° 19 (1962 - 839)

M^me^ I... Maria.

M^me^ I... est une huitième pare ayant déjà accouché par voie basse de sept enfants dont les poids étaient supérieurs à 4 kg. On note également deux fausses couches en 1948 et 1949.

Pendant la grossesse actuelle, M^me^ I... a dû être hospitalisée pour vomissements. Elle entre à terme dans le Service à 10 h 45, l'examen révèle une présentation du siège mobile en droite, très élevée, la HU est de 40 cm, le col est souple sans modification.

Une heure après rupture de la PDE, la dilatation est de 3 cm. A 12 h, la dilatation étant de 7 cm, on place une perfusion de 250 cc de sérum glucosé plus 10 unités de syntocinon. A 13 h, le siège étant non engagé, on pratique une césarienne qui permet d'extraire une fille pesant 4,790 kg.

### Observation n° 20 (1963 - 94)

M^me^ G... Paulette.

M^me^ G... est une deuxième pare âgée de 28 ans. La radio-pelvimétrie pratiquée en 1961 en raison d'un siège (l'accouchement s'était déroulé normalement) montre un DPRP limite. La tentative de version échoue.

M^me^ G... entre dans le Service à terme à 20 h pour contractions ayant débuté à 18 h et pour rupture de la PDE. A l'examen, HU 37 cm, col dilaté à 3 cm et perception d'un cordon pulsatile.

Vu la procidence du cordon on pratique une césarienne qui permet d'extraire un garçon de 3,540 kg. Cette césarienne confirme la présence d'un myome sous-muqueux.

### Observation n° 21 (1963 - 157)

M^me^ B... Gabrielle.

M^me^ B... est une primipare âgée de 22 ans qui entre dans le Service à terme en travail. On constate à l'examen une HU à 32 cm, un siège fixé en droite, au TV un col mince, dilaté à 2 cm. La PDE est rompue prématurément.

Le bassin étant anormal (barrure pubienne importante), les parties molles résistantes, on décide de pratiquer une césarienne qui donne le jour à une fille de 2,780 kg.

### Observation n° 22 (1963 - 265)

M^me^ D... Paulette.

M^me^ D... est une primipare de 18 ans et demi dont le bassin a été exploré radiologiquement :

indice de Mengert : 111,1;

indice de Magnin : 211.

A l'examen à l'entrée la HU est de 32 cm, présentation du siège mobile en gauche. Au TV, le col est en cours de modification, la PDE est rompue.

Il y a décision de césarienne et extraction d'un garçon pesant 3,300 kg.

### Observation n° 23 (1963 - 266)

M^me^ M... Lucia.

M^me^ M... est une primipare âgée de 32 ans. Elle entre dans le Service à terme à 2 h 30 pour contractions ayant débuté à 0 h. Il s'agit d'un siège décomplété en droite postérieure, la HU est de 35 cm. L'examen clinique du bassin montre un promontoire non atteint, des épines sciatiques saillantes. Au TV. la dilatation est de 3 cm.

A 4 h 15, la dilatation passe à 5 cm, mais la présentation reste élevée.

La voie haute est décidée vu la notion de gros fœtus possible, d'altitude ne se modifiant pas et un bassin mal connu chez cette primipare de 32 ans. On extrait un enfant de 3,680 kg.

### Observation n° 24 (1963 - 327)

M^me^ A... Pierrette.

M^me^ A... est une primipare âgée de 18 ans et demi qui entre dans le Service à terme avec une HU à 31 cm, un siège mobile, un col effacé, une PDE intacte. Le bassin a été exploré par radio-pelvimétrie et montre un sacrum plat.

Devant la mauvaise excavation, on décide une césarienne (fille pesant 2,770 kg).

### Observation n° 25 (1964 - 22)

M^me^ M... Odette.

M^me^ M... est une primipare dont le bassin exploré radiologiquement est de type dolichopellique. L'indice de Mengert est de 143, l'indice de Magnin de 240. La tentative de version ne réussit pas.

M^me^ M... entre dans le Service à terme avec un siège élevé en gauche, une HU à 35 cm.

Le fœtus paraissant très gros, on décide une césarienne (fille de 3,560 kg).

### Observation n° 26 (1964 - 457)

M^me^ C... Jeanine.

M^me^ C... est une primipare âgée de 17 ans qui entre dans le Service à terme. L'examen révèle une HU à 31 cm, une présentation du siège. L'excavation est vide, le col incomplètement effacé est perméable au doigt.

A 17 h, le travail semble commencer, les contractions sont de faible intensité et de courte durée. 19 h, la dilatation est de 7-8 cm, aucune progression de la présentation. Le lendemain, aucune progression de la présentation. Le lendemain, 2 h, on réalise une rupture artificielle de la PDE qui permet de déceler une procidence du cordon et un siège en SIGA. Cette procidence du cordon nous amène à extraire par césarienne un garçon pesant 2,850 kg.

### Observation n° 27 (1964 - 487)

M^me^ G... Michèle.

M^me^ G... est une primipare âgée de 20 ans dont le bassin a été exploré radiologiquement et montre un sacrum légèrement redressé et dimensions transversales diminuées.

Elle entre dans le Service à terme en début de travail. A l'examen, présentation de siège décomplété en droite, HU 32 cm.

On décide de pratiquer une césarienne étant donné la mauvaise impression du détroit moyen (épines sciatiques saillantes).

Il naît une fille pesant 2,930 kg.

### Observation n° 28 (1964 - 559)

M^me^ V... Maria.

M^me^ V... est une deuxième pare âgée de 40 ans ayant eu dans ses antécédents une césarienne pour face et utérus fibromateux.

Elle entre dans le Service à terme et la césarienne est décidée en raison du mauvais état utérin. Elle permet d'extraire une fille pesant 4 kg.

### Observation n° 29 (1964 - 760)

M^me^ B... Aline.

M^me^ B... est une primipare âgée de 23 ans qui présente un siège décomplété en gauche. Une radio-pelvimétrie est pratiquée un mois avant la date prévue de l'accouchement, elle montre un bassin de type mésatipellique, avec un indice de Mengert de 138. Elle entre dans le Service à terme pour contractions (11 h). La HU est de 32 cm, au TV, dilatation de 1 à 2 cm. 12 h 15, on décide une épreuve du travail, les bruits du cœur fœtal ont un rythme à 136. A 13 h 15, apparition brutale d'une souffrance fœtale : les BCF passent à 100/mn, au TV la dilatation est quasi-complète, le siège n'ayant pas modifié son altitude par rapport à un examen précédent.

La césarienne est décidée en raison de la souffrance fœtale liée à un travail hyperkinétique (fille de 3,400 kg).

### Observation n° 30 (1965 - 41)

M^me^ M... Andrée.

M^me^ M... est une primipare âgée de 30 ans dont le bassin est normal cliniquement et radiologiquement. Elle entre dans le Service à 20 h pour contractions. L'examen révèle une HU à 34 cm, un siège décomplété mobile en gauche, le col est perméable à un doigt, la PDE est rompue. 15 h, le col est effacé et dilaté à 2 cm; 20 h, dilatation à 4-5 cm, mais l'altitude du siège reste inchangée. A 22 h, en raison de la non progression de la présentation, on décide de pratiquer une césarienne qui permet d'extraire un garçon de 3,610 kg.

### Observation n° 31 (1965 - 558)

M^me^ B... Marguerite.

M^me^ B... est une deuxième pare âgée de 25 ans dont le premier enfant est décédé à la naissance en 1961.

La radio-pelvimétrie montre un bassin dont les dimensions sont transversalement rétrécies et franchement dystociques (diamètre transverse utile : 105 mm, indice de Magnin : 230).

Elle entre dans le Service à terme à 19 h 50. On constate une présentation du siège décomplété en SIGA. la PDE est rompue.

La césarienne est décidée et permet d'extraire un garçon pesant 3,460 kg.

### Observation n° 32 (1965 - 562)

M^me^ P... Guillermina.

M^me^ P... est une primipare âgée de 32 ans qui entre dans le Service pour rupture de la PDE. A l'examen, siège élevé mobile, HU 35 cm. au TV dilatation du col 1 cm. A 5 h 30, la présentation s'engage sous l'effet des contractions. 13 h 20, les contractions se rapprochent toutes les 2-3 mn, dilatation 8-9 cm, le siège est engagé en SIGA. 15 h 15, dilatation 9 cm, le siège ne progresse pas.

On décide une césarienne pour dystocie dynamique (garçon pesant 3,720 kg).

### Observation n° 33 (1965 - 702)

M^me^ M... Ginette.

M^me^ M... est une primipare âgée de 26 ans ayant un bassin normal confirmé par la radio-pelvimétrie.

Elle entre dans le Service à terme sans contractions. L'examen montre un siège mobile, HU 37 cm. Au TV on constate un vagin très étriqué, un périnée tonique.

Six jours après, à 0 h, quelques contractions apparaissent, la PDE est intacte, le col effacé est dilaté à 2 cm. A 7 h, la dilatation est de 5 cm, le siège est fixé en SIDA. Une heure plus tard, rupture de la PDE. 12 h 15, la dilatation est complète, mais pas de progression de la présentation en altitude.

A 15 h 45, décision de césarienne en raison d'une altitude inchangée de la présentation (garçon de 3,540 kg).

### Observation n° 34 (1965 - 928)

M^me^ R... Juliette.

M^me^ R... est une deuxième pare âgée de 24 ans qui entre dans le Service un mois avant la date prévue de l'accouchement pour rupture prématurée de la PDE.

A l'examen, HU 31 cm, le siège est en droite, au TV col en voie d'effacement. Le périnée est souple, le bassin est cliniquement anormal : sacrum suivi sur toute sa

longueur, promontoire accessible, épines sciatiques saillantes.

En raison de cette dystocie osseuse, on décide une césarienne qui permet d'extraire une fille de 2,770 kg.

### Observation n° 35 (1966 - 114)

M^me^ D... Paulette.

M^me^ D... est une primipare âgée de 35 ans présentant une maladie mitrale et une maladie aortique depuis l'âge de 15 ans.

La césarienne est décidée en raison de sa cardiopathie et permet d'extraire une fille de 3,110 kg.

### Observation n° 36 (1966 - 505)

M^me^ S... Josiane.

M^me^ S... est une primipare âgée de 25 ans qui entre dans le Service à 20 h pour contractions ayant débuté dans l'après-midi. L'examen clinique montre une HU à 35 cm, un col incomplètement effacé, perméable à deux doigts. La PDE est intacte, la présentation est atteinte au bout des doigts. Le lendemain, 1 h 30, rupture spontanée de la PDE, le TV montre un siège complet, un col dilaté à 3 cm. Il y a peu de contractions utérines. A 8 h 30, contractions inchangées; à 11 h, dilatation inchangée, pas de progression de la présentation.

Une césarienne est décidée en raison de cette dystocie fonctionnelle par travail hypokinétique, elle permet d'extraire un garçon pesant 3,480 kg.

### Observation n° 37 (1966 - 713)

M^me^ P... Isabelle.

Dans les antécédents de M^me^ P... on note trois fausses couches, le bassin est normal cliniquement et radiologiquement.

M^me^ P... entre dans le Service avec une présentation du siège élevée, une HU à 33 cm, les frottis montrent que le terme est dépassé.

On décide une césarienne en raison d'une grossesse précieuse, un siège avec un terme dépassé (garçon de 3,775 kg).

### Observation n° 38 (1966 - 725)

M^me^ R... Christiane.

Dans ses antécédents, on relève en 1955 une fausse couche à 4 mois, en 1956 une césarienne (enfant de 3,450 kg), en 1965 une fausse couche à 3 mois.

Elle entre dans le Service à terme pour contractions, HU 35 cm, le siège est décomplété, la PDE est intacte.

En raison des antécédents obstétricaux très chargés et la notion de gros enfant possible, on décide une césarienne qui permet d'extraire un garçon pesant 3,980 kg.

### Observation n° 39 (1966 - 832)

M^me^ E... Simone.

M^me^ E... est une deuxième pare âgée de 23 ans. La première grossesse s'était terminée à 8 mois et demi par une application instrumentale sur présentation céphalique.

Elle entre dans le Service avec une HU à 33 cm, une présentation du siège mobile, un col présentant des débuts de modification, la PDE est intacte. Le travail évolue de façon satisfaisante puisque 4 h après, la dilatation est de 6 cm. On fait une rupture artificielle de la PDE qui amène la dilatation à se compléter rapidement, mise en place d'une perfusion de syntocinon selon les modalités classiques.

Il y a décision de césarienne en raison du défaut d'engagement, elle permet d'extraire une fille pesant 3,540 kg (une radio-pelvimétrie est pratiquée à postériori).

### Observation n° 40 (1967 - 152)

M^me^ Z... M.

M^me^ Z... est une primipare de 28 ans qui entre dans le Service pour contractions. La HU est de 33 cm, le siège

est en droite, le col dilaté à 3 cm. L'examen clinique et radiologique du bassin révèle l'existence d'un bassin généralement rétréci (cf. tableau n° 2).

Décision de césarienne qui permet d'extraire une fille pesant 2,870 kg.

### Observation n° 41 (1967 - 405)

M^me^ D... Michèle.

M^me^ D... est une primipare âgée de 14 ans et demi qui entre dans le Service à terme pour métrorragies. A l'examen, la HU est de 34 cm, la présentation est mobile en gauche, l'utérus est cylindrique; au TV, le col admet la pulpe du doigt, la PDE est intacte, le bassin paraît normal. Le lendemain, 15 h. rupture spontanée de la PDE, le col est incomplètement effacé, le siège décomplété est adapté en gauche. A 19 h, le col effacé est dilaté à 2 cm, le siège est fixé en gauche antérieure, la parturiente est agitée. 23 h 15, dilatation 5 cm, le siège est fixé en SIGA.

Deux heures après, les contractions sont irrégulières, courtes, la dilatation de 8 cm. Vu le non engagement du siège, la stagnation de la dilatation, l'agitation excessive de la parturiente, on décide une césarienne (fille de 3,050 kg).

### Observation n° 42 (1967 - 802)

M^me R... Odette.

M^me R... est une deuxième pare ayant accouché en 1954 d'un enfant pesant 3,680 kg. Elle entre dans le Service un mois après la date prévue du terme (terme dépassé confirmé biologiquement par la présence de cellules basales au dernier frottis). A l'examen, la HU est de 35 cm. Trois heures après, perfusion de syntocinon dans du sérum glucosé pour déclanchement du travail.

Après échec de la perfusion, nous décidons une césarienne qui permet d'extraire un garçon de 3,850 kg.

### Observation n° 43 (1967 - 816)

M^me A... Anne-Marie.

M^me A... est une primipare âgée de 20 ans qui entre dans le Service pour contractions et rupture de la PDE.

A l'examen, nous constatons une HU à 29 cm, un siège décomplété. Au TV, la dilatation est incomplète, mais cet examen est rendu difficile en raison d'une malformation basse du vagin avec bride semi-circulaire partant de six heures et allant jusqu'à dix heures, obturant presque totalement l'orifice externe du vagin.

En raison de cela, la césarienne est décidée et permet d'extraire un garçon de 3,080 kg.

## Observation n° 44 (1967 - 939)

M^me^ S... Colette.

M^me^ S... est une deuxième pare qui a eu en 1962 une césarienne à terme pour présentation du front et bassin touché (enfant de 3,120 kg).

Elle entre dans le Service à terme pour contractions. 15 h, la HU est de 35 cm, la présentation paraît très élevée; au TV, le col est diminué de longueur, à peine perméable au doigt. A 19 h, le siège décomplété est mobile en gauche, le col est perméable à un doigt.

19 h 45, décision de césarienne en tout début de travail pour fœtus paraissant gros chez une parturiente ayant déjà été césarisée (fille de 3,255 kg).

*
**

CHAPITRE III

# INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE

Nous avons divisé ce chapitre en sept grands groupes d'indications :

— les disproportions fœto-pelviennes,

— les dystocies dynamiques pures,

— anomalies des parties molles,

— procidence du cordon et souffrance fœtale,

— maladies maternelles,

— enfants précieux,

— grossesses pathologiques.

## LES DISPROPORTIONS FŒTO-PELVIENNES

Dans ce chapitre nous adopterons le plan suivant :

1. Bases radiologiques.

2. Etude analytique.

   *a*) Les gros fœtus.

   *b*) Les bassins touchés.

   *c*) Les bassins limites et fœtus paraissant gros.

3. Etude synthétique.

   A. Césariennes en début de travail.

      *a*) Enfants considérés comme gros.

      *b*) Bassins connus comme franchement dystociques.

   B. Dystocie dynamique révélatrice d'une disproportion.

      *a*) Fœtale.

      *b*) Pelvienne.

      *c*) Fœtale et pelvienne.

4. Conclusion.

## BASES RADIOLOGIQUES

La radio-pelvimétrie est un examen qui permet de mesurer les différents diamètres du bassin osseux.

Dès 1925, grâce aux perfectionnements des appareillages, cette technique est devenue d'application courante, mais différentes méthodes se sont succédées. Actuellement seule la méthode de Thoms est retenue car elle est d'exécution rapide et sûre, elle est plus simple pour l'opérateur et plus confortable pour la malade. D'autre part, les causes d'erreur sont diminuées : les erreurs ne dépassent pas 3 mm.

Cette technique comporte un cliché de face et de profil. Pour réaliser le cliché de face, la parturiente doit être assise, légèrement inclinée en arrière, de telle façon que le plan du détroit supérieur (représenté par une ligne passant par l'apophyse épineuse de L 4 et par le pubis) soit parallèle au plan du film. On détermine la hauteur h du détroit supérieur par rapport au plan du film.

Le cliché de profil se réalise en centrant le rayon incident sur le grand trochanter.

Nous envisagerons successivement les résultats obtenus dans les cas de bassin normal et de bassin pathologique.

### Bassin normal

*Cliché de face :*

— Le diamètre transverse maximum est la ligne transversale la plus longue : 130 mm.

— Le diamètre transverse utile est la ligne passant par le milieu du diamètre antéro-postérieur : 120 mm.

— Le diamètre bi-sciatique est la ligne qui unit les épines sciatiques, il mesure 110 mm. Lorsqu'il est inférieur à 100 mm, le bassin est limite.

— Les diamètres obliques droit et gauche sont les lignes obliques passant par le milieu du diamètre antéro-postérieur : 120 mm.

*Cliché de profil :*

— Le diamètre promonto-rétro-pubien est une droite allant du promontoire au bord supérieur du pubis : 110 mm.

— Le diamètre sacro sous-pubien est une droite allant de l'extrémité du sacrum au bord inférieur du pubis : 110 mm.

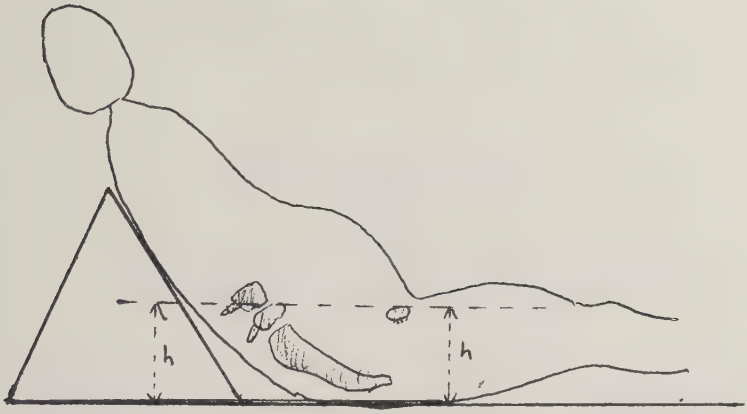
— L'angle d'inclinaison du détroit supérieur (voir schéma), il est égal à 35°, il devient pathologique s'il est égal ou inférieur à 28°.

La morphologie du sacrum est déterminée par :

- la courbure sacrée : corde, flèche (100 mm - 30 mm) ;
- l'angle lombo-sacré (voir schéma), il est égal à 130° et devient pathologique lorsqu'il est inférieur à 128°.

— Le diamètre postéro-sagittal moyen est la ligne parallèle au plan du détroit supérieur qui joint les épines sciatiques au sacrum, il est égal à 50 mm.

**Technique de la radio-pelvimétrie : Méthode de THOMS**




Position de face et centrage.
Le rayon incident est centré sur le milieu du détroit supérieur.

Position de profil.
Rayon incident centré sur le grand trochanter

— Le diamètre postéro-sagittal inférieur est la ligne menée des tubérosités sciatiques à l'extrémité inférieure du sacrum, il est égal à 60 mm.

### Bassin pathologique

Nous pouvons classer les bassins de plusieurs façons. Nous retenons quatre grands types de bassins :

— Le bassin brachipellique ou gynécoïde a un diamètre transverse maximum supérieur de 2-3 cm au diamètre antéro-postérieur.

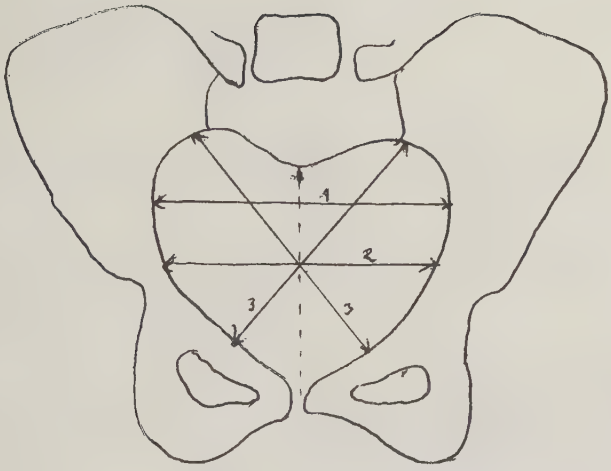
— Le bassin mésatipellique ou androïde a un diamètre transverse égal au diamètre antéro-postérieur.

— Le bassin dolichopellique ou anthropoïde a un diamètre antéro-postérieur supérieur au diamètre transverse de plus de 2 cm.

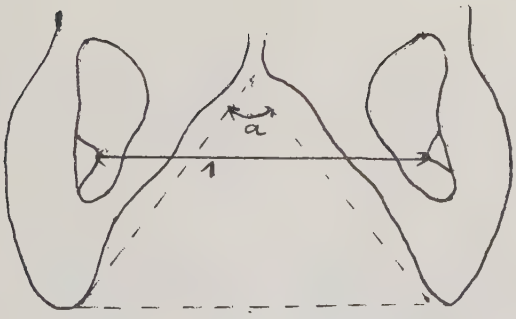
— Le bassin platipellique a un diamètre transverse supérieur au diamètre antéro-postérieur de plus de 3 cm.

Le fœtus progressant dans la filière pelvi-génitale va pouvoir rencontrer plusieurs obstacles. Au niveau du détroit supérieur, un diamètre promonto-rétro-pubien de 85 à 100 mm est limite, au-dessous il est franchement pathologique et implique à lui seul une césarienne.

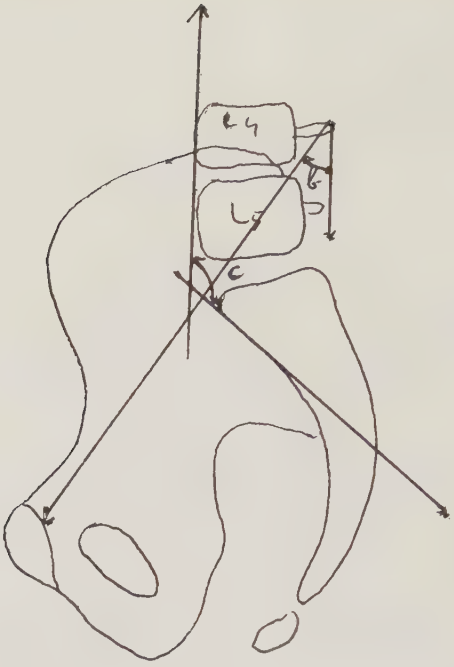
La morphologie du sacrum joue un rôle très important dans la dynamique de l'accouchement, le sacrum peut être redressé ou plat.




Pelvigraphie de face : 1 = DTM
2 = DTU
3 = DOD et DOG

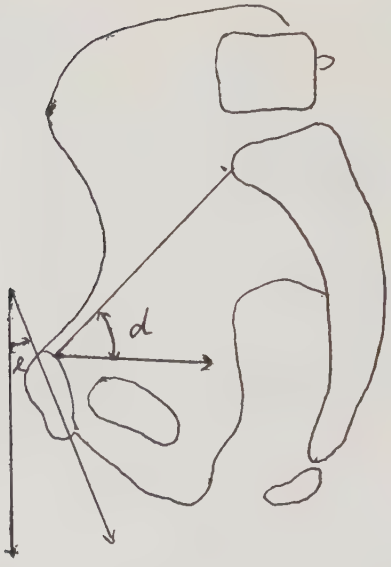



Arcade : 1 = diamètre bi-sciatique
a = angle sous-pubien




Cliché de profil

b = angle d'inclinaison du DS
c = angle d'inclinaison lombo-sacré
d = angle d'inclinaison du diamètre antéro-postérieur




e = angle d'inclinaison pubienne

Lorsque les diamètres postéro-sagittaux sont diminués de longueur (inférieurs à 50 mm), on peut craindre une dystocie dans la descente.

Quand l'angle d'inclinaison pubien est supérieur à 70°, il y a possibilité de dystocie par barrure pubienne.

La radio-pelvimétrie permet de calculer la valeur de certains indices qui permettront de nous renseigner sur la perméabilité du bassin.

— L'indice de Magnin est la somme du diamètre transverse utile et du diamètre promonto-rétro-pubien; il est égal à 230 mm. De 220 à 210 mm, le bassin peut être considéré comme limite, au-dessous il est franchement dystocique.

— L'indice pelvien de Mengert est représenté par :

$$\frac{\text{DTU - DPRP}}{100} = 146.$$

On peut considérer que lorsque le produit est égal ou supérieur à 145, il y a bon pronostic; entre 125 et 145, le pronostic est incertain; au-dessous, le pronostic est mauvais.

La radio-pelvimétrie permet donc d'explorer de façon précise le bassin osseux, diminuant de façon non négligeable les incertitudes qui président à un accouchement. Elle ne pourra dispenser le clinicien de l'épreuve du travail, mais le guidera de manière très précieuse dans la durée qu'on pourra valablement lui accorder.

Dans notre étude, la radio-pelvimétrie fut pratiquée à 21 reprises toutes les fois qu'un examen clinique du bassin laissait prévoir une anomalie, ailleurs la radio-pelvimétrie fut pratiquée à postériori pour expliquer un défaut de progression de travail (obs. n° 39).

Dans le tableau n° 1 nous indiquons les diamètres et les angles des différentes radio-pelvimétries pratiquées. Dans le tableau n° 2, reprenant les différents bassins, nous avons indiqué la valeur des indices de Magnin et de Mengert ainsi qu'un bref commentaire pour chaque bassin.

TABLEAU N° 1

| Obs | DTM | DTJ | DOD | DOG | DPS | DPRP | CORDE SACRÉE | flèche sacrée | DBS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 127 | 124 | 115 | 128 | 55 | 110 | 85 | 15 | 104 |
| 4 | 123 | 119 | 115 | 114 | 41 | 115 | 112 | 20 | 100 |
| 5 | 124 | 113 | 110 | 113 | 55 | 104 | 115 | 25 | 100 |
| 9 | 127 | 123 | 118 | 115 | 43 | 117 | 110 | 20 | 102 |
| 11 | 135 | 126 | 118 | 120 | 50 | 115 | 112 | 12 | 100 |
| 15 | 122 | 119 | 118 | 118 | 50 | 124 | 112 | 19 | |
| 18 | 115 | 110 | 108 | 108 | 45 | 105 | 120 | 16 | |
| 20 | 130 | 122 | 110 | 110 | 54 | 100 | 108 | 20 | |
| 21 | 112 | 110 | 100 | 102 | 50 | 101 | 98 | 10 | 100 |
| 23 | 120 | 116 | 110 | 110 | 40 | 110 | 105 | 12 | 94 |
| 25 | 118 | 115 | 119 | 119 | 67 | 125 | 110 | 30 | 93 |
| 26 | 118 | 115 | 103 | 110 | 55 | 110 | 113 | 20 | 102 |
| 29 | 123 | 115 | 115 | 115 | 60 | 120 | 125 | 35 | 95 |
| 30 | 130 | 129 | 130 | 125 | 75 | 114 | 105 | 30 | 108 |
| 33 | 127 | 120 | 114 | 112 | 62 | 108 | 105 | 20 | 110 |
| 37 | 129 | 125 | 120 | 126 | 57 | 124 | 121 | 21 | 95 |
| 39 | 113 | 113 | 108 | 109 | 60 | 95 | | | |
| 40 | 106 | 101 | 100 | 100 | 52 | 96 | 113 | 20 | 95 |
| 43 | 120 | 120 | 114 | 110 | 52 | | 105 | 23 | 97 |
| 44 | 125 | 121 | 117 | 117 | 50 | 105 | 118 | 24 | |
| 31 | 110 | 105 | 110 | 110 | 58 | 125 | 112 | 17 | 88 |
| | 130 | 120 | 120 | 120 | 50 | 110 | 100 | 30 | 110 |

## Tableau n° 2

| OBS. | INDICE DE MAGNIN | INDICE DE MENGERT | CONCLUSIONS |
|---|---|---|---|
| 3 | 234 | 136 | Bassin dolichopellique, légèrement asymétrique. Non dystocique malgré un indice de Mengert limite. |
| 4 | 234 | 136 | Bassin non dystocique, sacrum légèrement redressé. |
| 5 | 217 | 117 | Bassin brachipellique, légèrement asymétrique, DPRP limite, indices limites. |
| 9 | 240 | 144 | Bassin non dystocique, sacrum légèrement redressé. |
| 11 | 241 | 150 | Bassin normal. |
| 15 | 243 | 147 | Bassin normal, de type mésatipellique. |
| 18 | 215 | 115 | Bassin généralement rétréci, franchement dystocique, tels qu'en témoignent les indices. |
| 20 | 222 | 122 | DPRP limite, bassin limite. |
| 21 | 211 | 111 | Bassin généralement rétréci, franchement dystocique. |
| 23 | 226 | 127 | Sacrum légèrement redressé, DBS diminué, indice de Mengert limite. |
| 25 | 240 | 143 | Bassin dolichopellique, non dystocique. |
| 26 | 225 | 126 | Sacrum légèrement redressé, diamètres rétrécis dans les dimensions transversales, bassin non dystocique. |
| 29 | 235 | 138 | Tendance mésatipellique, non dystocique. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 30 | 243 | 147 | Bassin normal. |
| 31 | 230 | 131 | Bassin de type dolichopellique (d. transverses franchement dystociques : DTU = 105). |
| 33 | 228 | 129 | Bassin normal. |
| 37 | 249 | 155 | Bassin non dystocique, mais sacrum redressé, DBS diminué. |
| 39 | 208 | 107 | Bassin généralement rétréci, très dystocique, tels qu'en témoignent les indices. |
| 40 | 197 | 97 | Bassin généralement rétréci, de type dolichopellique, franchement dystocique. |
| 43 | | | Bassin normal. |
| 44 | 226 | 127 | Bassin non dystocique. |

## ETUDE ANALYTIQUE

### *a*) Les gros fœtus

Nous avons classé les poids des enfants en trois catégories :

enfants de 2,500 kg à 3,300 kg,

de 3,300 kg à 4 kg,

de 4 kg et plus.

Nous avons considéré comme gros les enfants d'un poids supérieur à 3,300 kg. La présomption de gros fœtus fut portée, à priori, par la mesure de la hauteur utérine, une HU supérieure à 33 cm sera considérée comme pouvant correspondre à un gros enfant, par l'impression clinique de gros fœtus à la palpation.

Vingt enfants ont un poids compris entre 3,300 kg et 4 kg, huit ont un poids égal ou supérieur à 4 kg.

Sur les 28 enfants ayant un poids égal ou supérieur à 3,300 kg, nous pouvons éliminer quatre observations pour lesquelles la césarienne fut décidée pour d'autres causes :

— dans deux observations, il y eut une grossesse pathologique avec terme dépassé, dans lesquelles s'ajoutent des conditions obstétricales défavorables : siège chez une primipare, enfant paraissant gros;

— deux césariennes furent également décidées, non pas pour gros enfant, mais pour utérus cicatriciel.

*b*) Les bassins touchés

Le diagnostic de bassin touché fut porté de deux manières possibles, soit cliniquement : sacrum suivi sur toute sa longueur, promontoire accessible ou non, saillie plus ou moins importante des épines sciatiques; soit radiologiquement par radio-pelvimétrie. Le plus souvent, d'ailleurs, lorsqu'il y eut la notion clinique d'un bassin touché, le diagnostic fut confirmé par radio-pelvimétrie.

A deux reprises, le diagnostic fut cliniquement évident et justifia à lui seul, avant tout début de travail, l'indication de césarienne : observations n° 21 et 34.

Dans six observations (18, 22, 24, 27, 31, 40), la radio-pelvimétrie nous permit de pratiquer d'emblée la césarienne.

Les observations n° 18, 31 et 40 montrent des diamètres franchement dystociques avec des indices qui nous font choisir la voie haute :

Observation n° 18 : DTM = 115, DOD et DOG = 108, DPRP = 105.

Indice de Magnin = 215.

Indice de Mengert = 115.

Il s'agit d'un bassin généralement rétréci. avec un indice de Magnin limite et un indice de Mengert franchement défavorable.

Observation n° 31 : Les diamètres transversaux sont franchement dystociques (DTM = 110, DTU = 105). nous faisant classer ce bassin dans les bassins de type dolichopellique.

L'indice de Magnin est de 230. mais l'indice de Mengert est de 111.

Observation n° 40 : Le bassin est généralement rétréci, en particulier dans ses dimensions transversales, l'indice de Mengert est de 169, l'indice de Magnin est de 197.

Dans les trois autres observations (22, 24 et 27), les dimensions radiologiques étant limites et l'examen clinique n'étant pas satisfaisant, nous avons pratiqué d'emblée une césarienne.

### c) Bassins limites et fœtus paraissant gros

Dans ce chapitre deux éléments entrent en jeu : l'état du bassin et le poids du fœtus, les deux éléments nous ayant paru anormaux, nous avons préféré avant le début du travail la voie haute, alors qu'en présence d'un seul élément nous aurions laissé évoluer le travail en observant son efficacité.

Deux observations entrent dans ce chapitre: n° 5 et 39.

Observation n° 5 : Le bassin, de type brachipellique, présente un indice de Magnin égal à 217, un indice de Mengert égal à 117, avec un diamètre bi-sciatique de 100 mm. La hauteur utérine est de 33 cm, l'enfant à la naissance pesait 3,550 kg.

Observation n° 39 : Cette observation aurait pu être classée dans le paragraphe précédent car la radio-pelvimétrie pratiquée à postériori montrait un bassin franchement dystocique tels qu'en témoignent les indices pelviens : indice de Magnin = 208, indice de Mengert = 107. La hauteur utérine était de 33 cm, le poids du nouveau-né de 3,540 kg.

## ETUDE SYNTHÉTIQUE

### A. Césariennes pratiquées en début de travail

Dans ce paragraphe, nous indiquerons les observations dans lesquelles l'indication de césarienne a été portée dès qu'une dystocie fœtale ou pelvienne fut prévisible.

Ce sont des césariennes qui ont été pratiquées à terme avant tout début de travail, mais vu les difficultés d'appréciation, la plupart furent pratiquées en début de contractions.

a) *Gros fœtus*

Lorsque nous sommes en présence d'un gros fœtus, notion qui nous est apportée par l'examen clinique, nous devons agir différemment que pour un sommet, car nous connaissons les risques de relèvement des bras et de rétention de la tête-dernière, nous ne pouvons pratiquer une épreuve du travail classique.

Cette éventualité s'est rencontrée à six reprises, les hauteurs utérines s'échelonnaient de 34 cm à 39 cm, le poids des enfants à la naissance correspondait bien à l'impression clinique. Il variait selon les observations de 3,580 kg à 4,140 kg.

| OBSERVATIONS | HU | POIDS |
|---|---|---|
| Obs. n° 2..... | 34 cm | 4 kg |
| Obs. n° 4..... | 37 cm | 4,140 kg |
| Obs. n° 9..... | 39 cm | 3,680 kg |
| Obs. n° 11..... | 39 cm | 3,850 kg |
| Obs. n° 25..... | 35 cm | 3,560 kg |
| Obs. n° 38..... | 35 cm | 3,980 kg |

Il est à noter que dans les cas des observations n° 2 et 38, il y eut une césarienne antérieure.

b) *Bassins connus comme franchement dystociques*

Huit observations entrent dans cette catégorie (voir chapitre précédent) : obs. n° 18, 22, 21, 24, 27, 31, 34, 40.

Dans les observations n° 18, 22, 27, 40, l'indication de césarienne avant le début du travail fut évidente, tels qu'en témoignent les renseignements cliniques et les dimensions radiologiques, par contre dans les observations n° 21, 24 et 34, nous aurions pu laisser évoluer le travail en suivant son efficacité, le poids des fœtus permettant cette attitude : 2,780 kg, 2,770 kg, 2,770 kg.

### B. Dystocie dynamique révélatrice d'une disproportion

Trois éventualités peuvent se présenter :

— Disproportion dont le fœtus est responsable : gros fœtus plus bassin normal.

— Disproportion pelvienne : fœtus d'un poids normal, mais bassin touché.

— Disproportion fœtale associée à un bassin dystocique.

Dans les présentations du siège, il y a impossibilité de faire une épreuve du travail réelle car les difficultés de l'accouchement vont en augmentant du siège vers le sommet. Lorsque nous sommes en présence d'un bassin limite et d'un fœtus paraissant gros, nous pouvons laisser évoluer le travail, mais nous devons surveiller cliniquement son évolution, la moindre anomalie nous faisant opter pour la césarienne. C'est l'épreuve du travail de Rivière.

Trois éléments nous guideront quant à l'attitude à adopter :

— les contractions pourront être de bonne ou de mauvaise qualité, augmentées ou diminuées en intensité ou en durée;

— la vitesse d'effacement et de dilatation du col pourra être variable;

— nous pouvons également juger de la bonne accommodation ou non du siège au niveau du détroit supérieur.

S'il y a difficulté de dilatation, nous pouvons employer les antispasmodiques en perfusion avec prudence. Ils ne seront utilisés qu'en phase expulsive, car il n'est pas question d'engager un siège en force.

La césarienne sera pratiquée si la dilatation reste stationnaire, s'il n'y a pas de modifications dans l'altitude de la présentation ou s'il y a apparition de signes de souffrance fœtale.

a) *Gros fœtus isolé*

Dans les observations que nous avons résumées dans le tableau n° 3, l'accoucheur s'est trouvé en présence d'un bassin cliniquement normal (diagnostic confirmé parfois par la radio-pelvimétrie), mais les hauteurs utérines, qui variaient de 34 cm à 40 cm, laissaient prévoir un gros fœtus possible. En présence d'une seule anomalie, il a donc été possible de laisser évoluer le travail. Le poids des enfants à la naissance était de 3,540 kg à 4,790 kg.

### b) *Anomalie pelvienne pure*

Nous n'avons relevé aucune observation pour laquelle une dystocie dynamique fut révélatrice d'un bassin touché isolé.

### c) *Disproportion fœtale associée à un bassin dystocique*

Cette éventualité ne fut rencontrée que dans l'observation n° 39, mais il est probable que si la radio-pelvimétrie avait été pratiquée d'emblée, l'indication de césarienne aurait été portée avant tout début de travail car le bassin est franchement dystocique : indice de Magnin = 208, indice de Mengert = 107.

Tableau n° 3

| OBSERVATIONS | HAUTEURS UTÉRINES | ÉVOLUTION DU TRAVAIL | POIDS |
|---|---|---|---|
| N° 6 | 38 cm | Dilatation stagnant à 6 cm pendant 5 h. | 4,400 kg |
| N° 3 | 34 cm | Travail évoluant lentement. | 4,080 kg |
| N° 10 | 34 cm | La présentation reste élevée, dilatation stagnante à 8 cm 3 h 30. | 4,290 kg |
| N° 13 | 34 cm | Travail évoluant très lentement pendant 12 h. | 3,600 kg |
| N° 19 | 40 cm | Siège non engagé malgré un ocytocique et dilatation non complète chez une huitième pare. | 4,790 kg |
| N° 23 | 35 cm | Après 4 h de travail la dilatation passe à 5 cm, mais pas de modification d'altitude de la présentation. | 3,680 kg |
| N° 30 | 34 cm | Dilatation évoluant très lentement et une présentation dont l'altitude ne se modifie pas malgré 26 h de travail. | 3,610 kg |

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° 32 | 35 cm | Dilatation ne se complétant pas malgré une présentation engagée. | 3,720 kg |
| N° 33 | 37 cm | 15 h de travail amenant une dilatation complète mais pas de progression dans la descente de la présentation. | 3,540 kg |

## CONCLUSIONS

Sur les 44 observations de césariennes pratiquées dans le Service, 24 ont été pratiquées pour une disproportion fœto-pelvienne, soit 54,5 % des césariennes. Nous pouvons comparer ces chiffres avec ceux du Service du Professeur H. SERMENT de Marseille et ceux du Service du Professeur R. ROUCHY d'Angers, car le pourcentage des césariennes pour siège par rapport à l'ensemble des sièges se rapproche le plus des nôtres : 19,9 % pour Marseille, 20,1 % pour Angers, 20,6 % pour Toulouse.

Dans le tableau n° 4 nous avons indiqué et comparé avec ceux de Marseille et d'Angers le nombre de césariennes pratiquées pour disproportion fœto-pelvienne.

TABLEAU N° 4

| | A. PONTONNIER | | H. SERMENT | | R. ROUCHY |
|---|---|---|---|---|---|
| Disproportion fœto-pelvienne.. | 24 | 54,5 % | 35 | 56,4 % | 61 43 % |
| Avant travail. . . . . | 14 | 31,8 % | 5 | 8,06 % | 22 15,5 % |
| Gros fœtus. . . . . | 6 | | 0 | | 14 |
| Bassin touché. . . . . | 8 | | 5 | | 8 |
| Bassin plus gros fœtus.. | 1 | | 0 | | 0 |
| Dystocie dynamique révélatrice d'une disproportion.. | 10 | 22,7 % | 30 | 48,3 % | 39 27 % |
| Gros fœtus. . . . . | 9 | 20,4 % | 4 | 6,4 % | |
| Bassin limite. . . . . | 0 | | 26 | 41,9 % | |
| Fœtus et bassin touchés. | 1 | 2,3 % | 0 | | |

Nous constatons que ces chiffres sont comparables quant à l'ensemble des disproportions fœto-pelviennes, mais sont différents dans la répartition des causes, les uns préférant intervenir dès qu'une dystocie est connue, les autres préférant laisser évoluer le travail. Ainsi, dans le Service du Professeur A. PONTONNIER, il y a eu beaucoup plus de césariennes pratiquées avant tout début de travail sans laisser évoluer le travail dès que la notion d'une disproportion fœto-pelvienne a été pressentie : 31,8 % contre 8,06 % dans le Service du Professeur H. SERMENT et 15,5 % dans le Service du Professeur R. ROUCHY.

## DYSTOCIE DYNAMIQUE PURE

Les dystocies dynamiques pures comprennent l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Ces anomalies peuvent être classées en quatre groupes :

— anomalies par insuffisance des contractions ou hypocinésies,

— anomalies par excès de la contractilité ou hypercynésies,

— anomalies par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonies,

— anomalies par inefficacité d'une contractilité utérine apparemment normale.

Ces anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col vont entraîner une impossibilité de la progression de la présentation qui ne pourra pas s'engager.

Trois observations entrent dans ce chapitre : n° 15, 36 et 41.

Dans l'observation n° 15, le travail évoluait très lentement chez cette primipare de 21 ans (22 h de travail), sans modification de la dilatation du col, d'autre part la parturiente s'agitait de plus en plus.

Observation n° 36 : le fœtus pesait 3,480 kg, cela pouvait nous faire opter pour le chapitre des dystocies dynamiques révélatrices d'un gros fœtus, mais dans ce cas, le travail était de type hypokinétique, l'utérus ne semblait pas lutter contre un obstacle dans la filière pelvi-génitale.

L'observation n° 41 nous montre des contractions irrégulières, de mauvaise qualité, entraînant une stagnation de la dilatation et un défaut de progression de la présentation. A ces éléments défavorables s'ajoutait une agitation incontrôlable de la parturiente, rendant la poursuite de l'accouchement par voie basse périlleuse.

Ces trois observations représentent 6,8 % de l'ensemble des césariennes contre 17,7 % dans le Service du Professeur H. Serment et 11,2 % dans le Service du Professeur R. Rouchy.

## ANOMALIES DES PARTIES MOLLES

Dans ce chapitre, nous avons inclus les utérus cicatriciels, les malformations vaginales et arbitrairement une luxation bilatérale des hanches.

*Utérus cicatriciels :*

L'association d'un siège et d'une césarienne antérieure implique le plus souvent une nouvelle césarienne car il ne faut pas faire forcer un utérus sur une présentation que nous pouvons qualifier, dans ce cas, de dystocique et ce d'autant plus que d'autres éléments défavorables peuvent se surajouter : fœtus paraissant gros.

Nous avons relevé trois observations :

Observation n° 14 : Il s'agit d'une quatrième pare ayant déjà eu une césarienne quatre ans auparavant pour présentation de l'épaule et deux ans avant une application instrumentale. La césarienne fut pratiquée en début de travail.

Observation n° 28 : Dans les antécédents de cette deuxième pare âgée de 40 ans on relevait une césarienne pour face et un utérus fibromateux. L'indication de césarienne fut portée d'emblée. Il est à noter que, dans ce cas, l'enfant pesait 4 kg.

Observation n° 44 : Cette deuxième pare avait eu cinq ans auparavant une césarienne pour face. D'autre part, le fœtus paraissait gros (HU = 35 cm). La césarienne fut pratiquée en tout début de travail.

Des anomalies utérines ou des tumeurs de la sphère génitales, telles qu'un fibrome ou un kyste de l'ovaire, auraient pu constituer une indication de césarienne, mais nous n'en avons pas rencontré dans nos observations.

*Malformations vaginales :*

Nous pouvons avoir un vagin cloisonné, une membrane transversale, des tumeurs vaginales qui constituent un obstacle à l'expulsion du fœtus.

Nous n'avons rencontré qu'un cas de malformation vaginale, dans l'observation n° 43, dans laquelle une bride basse du vagin l'obstruait presque complètement. L'indication de césarienne fut portée d'emblée.

Nous avons rattaché dans ce chapitre une anomalie bien particulière puisqu'il s'agit d'une luxation bilatérale des hanches qui entraînait un défaut d'abduction des membres inférieurs de plus de 30° : observation n° 7.

En conclusion, 5 observations entrent dans ce chapitre, soit un pourcentage de 11,3 % des césariennes.

## PROCIDENCE DU CORDON ET SOUFFRANCE FŒTALE

On considérait classiquement que le pronostic de la procidence du cordon est moins grave dans le siège que dans le sommet, or il se révèle, d'après certaines statistiques (Clinique Obstétricale de Bordeaux), qu'il y a une mortalité identique dans le siège et dans le sommet.

La seule solution pour améliorer le pronostic est de césariser comme dans le sommet toute parturiente qui présente une présentation du siège associée à une procidence du cordon.

La césarienne fut justifiée quatre fois pour procidence du cordon dans les observations n° 1, 8, 20 et 26, avec dans le deuxième cas des signes nets de souffrance fœtale.

*Souffrance fœtale :*

Les signes de souffrance fœtale doivent être recherchés attentivement, en particulier au cours d'une épreuve du travail ou lorsque le travail devient traînant. Nous observerons en particulier le rythme et l'intensité des bruits du cœur fœtal.

Une césarienne fut pratiquée pour souffrance fœtale (obs. n° 29). Les signes de souffrance fœtale apparurent au cours de l'épreuve du travail et se traduisirent par une diminution brutale de la fréquence cardiaque du fœtus (136 à 100). La césarienne fut pratiquée alors que le col était à dilatation quasi-complète.

Dans notre Service, 9 % des césariennes ont été pratiquées pour procidence du cordon, 2,2 % pour souffrance fœtale. Dans les Services des Professeurs H. Serment et R. Rouchy, nous trouvons respectivement 6,4 % et 3,5 % pour les procidences du cordon et 3.2 % et 2,1 % pour les souffrances fœtales.

## MALADIES MATERNELLES

Dans ce groupe de causes de césarienne nous avons relevé deux observations au cours desquelles l'indication fut portée d'emblée avant tout début de travail. La parturiente se trouvant dans des conditions physiques défavorables, l'accoucheur a préféré éviter un effort supplémentaire lors de l'accouchement.

Les deux causes ont été les suivantes :

— une maladie mitro-aortique chez une primipare âgée de 35 ans (observation n° 35) ;

— un état de pré-éclampsie avec une albuminurie à 3 grammes et une tension artérielle de 19-13 chez une primipare âgée de 36 ans (observation n° 16).

4,6 % des césariennes ont donc été pratiquées pour maladies maternelles contre 11,2 % pendant la même période à Marseille.

## ENFANTS PRÉCIEUX

Dans cette éventualité, l'accoucheur, tenant compte des antécédents, a préféré éviter un travail qui aurait pu être périlleux pour l'enfant.

Deux observations, soit 4,6 % des césariennes, entrent dans ce chapitre :

Observation n° 12 : Il s'agit d'une grossesse précieuse puisque cette troisième geste avait déjà eu une fausse

couche à 3 mois de grossesse et un accouchement d'un enfant mort et macéré à 8 mois. D'autre part, au cours de cette grossesse, les bilans endocriniens étaient très perturbés et avaient nécessité un traitement hormonal.

Observation n° 17 : L'indication de césarienne fut portée d'emblée chez cette deuxième geste en raison de ses antécédents, son premier enfant étant mort en cours de travail. D'autre part, l'examen clinique révélait un bassin qui pouvait être limite.

## GROSSESSES PATHOLOGIQUES

Nous notons deux observations pour lesquelles l'indication de césarienne fut portée en raison d'un terme dépassé.

Observation n° 37 : Le diagnostic de terme dépassé fut confirmé par la présence de cellules basales au frottis vaginal; d'autre part, cette quatrième geste avait déjà eu trois fausses couches dans ses antécédents.

Observation n° 42 : Le terme dépassé est également confirmé par la présence de cellules basales au frottis vaginal, mais la perfusion de syntocinon destinée à déclancher le travail ne réussit pas, d'où la césarienne.

---

Dans le tableau n° 5, nous avons indiqué les différentes indications de césariennes pour présentation du siège rencontrées au cours de cette période. Nous avons comparé ces chiffres avec ceux trouvés pendant la même période à Marseille. Toutes les causes possibles de

césarienne n'ont pas été rencontrées; ainsi, à Marseille, nous avons rencontré trois placenta praevia, cause que nous n'avons pas retrouvée à Toulouse.

TABLEAU N° 5

| | TOULOUSE | MARSEILLE |
|---|---|---|
| *Nombre de césariennes* | 44 | 62 |
| *Indications avant tout début de travail* | 26 | 15 |
| Disproportions fœto-pelviennes | 15 | 5 |
| Anomalies des parties molles | 5 | 0 |
| — utérus cicatriciels | 3 | |
| — malformations vaginales | 1 | |
| — luxation bilatérale des hanches | 1 | |
| Maladies maternelles | 2 | 7 |
| Enfants précieux | 2 | 0 |
| Grossesses pathologiques | 2 | 0 |
| Placenta praevia | 0 | 3 |
| *Indications en cours de travail* | 18 | 47 |
| Dystocies dynamiques révélatrices d'une disproportion fœto-pelvienne | 10 | 30 |
| Dystocie dynamique pure | 3 | 11 |
| Procidence du cordon | 4 | 4 |
| Souffrance fœtale | 1 | 2 |

*
**

CHAPITRE IV

# ÉLÉMENTS ÉTIOLOGIQUES

Dans ce chapitre nous étudierons, sans tenir compte des indications de césarienne, certaines caractéristiques étiologiques qui font intervenir le poids des enfants, la parité, la variété de présentation du siège, l'âge de la mère.

*Le poids des enfants :*

Nous avons éliminé de notre étude les enfants d'un poids inférieur à 2,500 kg. Nous pouvons ainsi classer arbitrairement les poids en trois catégories :

— enfants de plus de 4 kg : 8;

— enfants d'un poids compris entre 3,3 kg et 4 kg: 20;

— enfants d'un poids compris entre 2,5 kg et 3,3 kg : 16.

Il nous apparaît intéressant de comparer ces catégories avec l'ensemble des enfants nés en présentation du siège pendant ces dix années. Nous constatons ainsi que :

— 66 % des enfants de plus de 4 kg sont nés par césarienne;

— 25,3 % des enfants dont le poids est compris entre 4 kg et 3,3 kg sont nés par césarienne;

— 13 % dont le poids est compris entre 3,300 kg et 2,500 kg.

*La parité :*

Chez toutes les parturientes ayant eu une présentation du siège sans tenir compte du mode de terminaison de l'accouchement, nous dénombrons 88 primipares et 125 multipares.

Sur les 44 césariennes, nous distinguons 31 primipares et 13 multipares, soit 35 % des primipares et 10.4 % des multipares.

Il apparaît donc à priori que la césarienne est plus fréquente chez les primipares que les multipares (mais elle n'est pas la règle absolue puisque 65 % des primipares n'ont pas été césarisées).

*Les variétés de présentation du siège :*

Comme précédemment, pour mieux comparer, nous noterons qu'en dix ans il y a eu :

— 81 sièges complets, soit 38 %;

— 132 sièges décomplétés, soit 61 %.

12 césariennes ont été pratiquées pour siège complet, soit 14,8 % des sièges complets et 32 césariennes pour siège décomplété, soit 24,4 %.

Nous constatons donc que la fréquence des césariennes pour sièges décomplétés est plus importante que pour les sièges complets.

*L'âge de la mère :*

Pendant cette période, il y a eu 4 parturientes de moins de 20 ans, soit 9 % des césariennes, toutes les quatre sont primipares, la plus jeune avait 14 ans et demi; 28 parturientes ont un âge compris entre 20 et 29 ans, dont 22 primipares et 6 multipares; 12 ont un âge égal ou supérieur à 30 ans et il est intéressant de noter qu'il y a autant de primipares que de multipares : 6.

*
**

CHAPITRE V

# LE PRONOSTIC

L'opération césarienne doit être pratiquée toutes les fois qu'un ou plusieurs facteurs viennent empêcher l'accouchement par voie basse, mais cette intervention ne doit comporter aucun risque pour la parturiente et le moins possible pour le fœtus. Cette technique doit être considérée comme un facteur améliorant le pronostic fœtal.

## Pronostic maternel

Comme toute intervention chirurgicale, une césarienne comporte un risque lié à l'acte opératoire lui-même et à l'anesthésie générale. Grâce aux progrès réalisés dans ce domaine, à la codification des techniques, à l'amélioration des anesthésies générales, ce risque est devenu minime.

Dans notre étude, nous n'avons constaté aucun décès de la mère.

La morbidité fut la suivante :

— hyperthermie sans cause décelable : 1;

— hyperthermie due à une infection urinaire : 2;

— anémie ayant nécessité une transfusion pendant la période post-opératoire : 2;

— phlébite ayant nécessité un traitement anti-coagulant : 1 (phlébite de la jambe gauche).

En réalité, tout cela ne représente que des troubles mineurs rencontrés certainement avec la même fréquence dans d'autres interventions chirurgicales.

### Pronostic fœtal

Nous relevons un enfant mort sur les 44, soit 2.27 %. Il s'agissait d'un enfant né d'une primipare en état de pré-éclampsie.

Les autres enfants sont nés dans d'excellentes conditions et se sont élevés normalement dans le Service.

*
**

# CONCLUSION

La présentation du siège est une présentation considérée comme eutocique, cependant les risques fœtaux sont supérieurs à ceux rencontrés lors des accouchements en présentation du sommet.

Du fait de cette présentation qui amène le fœtus à progresser à « rebrousse-poil », des précautions devront être prises quant au mode de terminaison de l'accouchement, par un bon examen clinique et radiologique de la parturiente, par une surveillance attentive du travail.

Nous avons étudié les indications de césariennes après avoir résumé les 44 observations de césariennes pour présentation du siège recueillies à la Clinique Obstétricale de Toulouse pendant la période de 1958 à 1967.

Ces indications se répartissent en sept grands groupes :

— Les disproportions fœto-pelviennes :

Elles représentent 24 observations, soit 54,5 % des césariennes. Sur ces 24 observations, 14 césariennes ont été pratiquées avant tout début de travail et 10 césariennes après une évolution défavorable du travail liée à la présence d'un gros fœtus ou d'un bassin touché.

— Les dystocies dynamiques pures :

Elles se traduisirent par des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col et représentent 6,8 % des césariennes pour siège, soit 3 observations.

— Les anomalies des parties molles :

Nous avons inclus dans ce chapitre :

- les utérus cicatriciels : 3 observations;
- les malformations vaginales : 1 observation;
- et arbitrairement une luxation bilatérale des hanches: 1 observation.

— Procidence du cordon et souffrance fœtale :

Quatre observations furent pratiquées pour procidence du cordon et une pour souffrance fœtale. soit 11,2 % des césariennes.

— Maladies maternelles :

Nous avons relevé deux observations :

- une maladie mitro-aortique,
- un état de pré-éclampsie.

— Enfant précieux :

Deux observations également, soit 4,6 % des césariennes.

— Grossesses pathologiques :

L'indication de césarienne fut portée à deux reprises pour terme dépassé.

Un certain nombre d'éléments étiologiques peuvent intervenir dans l'indication des césariennes :

- le poids des enfants : nous avons constaté ainsi que 66 % des enfants en présentation du siège d'un poids supérieur à 4 kg sont nés par césarienne, alors que 13 % seulement dont le poids était compris entre 3,300 kg et 2,500 kg sont nés par césarienne;

- la parité : une primipare aura plus de chances d'être césarisée qu'une multipare;

- la variété du siège : la fréquence des césariennes pour sièges est plus importante pour les sièges décomplétés.

La césarienne doit être considérée comme un facteur d'amélioration du pronostic fœtal, il s'est révélé excellent puisque nous n'avons constaté qu'un décès, d'ailleurs indépendant de la césarienne et de la présentation du siège puisqu'il s'agissait d'un enfant né de mère en état de pré-éclampsie.

Le pronostic maternel est excellent et est lié surtout à l'acte opératoire lui-même.

*
**

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 14 juin 1971.

*Le Président de l'Université Paul-Sabatier,*

L. LARENG.

## BIBLIOGRAPHIE


1. Arnot (P.H.). — Le traitement des présentations du siège. Rapports du troisième Congrès mondial de Gynécologie, Vienne, 3-9 sept. 1961. Congress-print Romayor, édit., Vienne, 1961, *2*, 345 (texte anglais).
2. Boeglin (J.). — La présentation du siège en regard des différentes attitudes prises à son égard par l'accoucheur. (Années 1926 à 1939 et 1945 à 1958). *Thèse*, Strasbourg, n° 27, 1960.
3. Correa da Costa (L.A.). — Revue. La césarienne dans le traitement de la présentation du siège. *Revue Gynécologie et Obstétrique*, mai 1958, *102*, n° 5, 427-430.
4. Desparges (G.). — L'étude statistique de 500 observations d'accouchements en présentation du siège. *Thèse*, Clermont-Ferrand, n° 6, 1966.
5. Gérard (J.). — Place de la césarienne segmentaire dans la présentation du siège. *Thèse*, Paris, n° 915, 1962.
6. Goethals (T.R.). — La césarienne en tant que méthode de choix dans le traitement de la présentation par le siège. *Am. J. Obst. Gyn.*, mars 1956, *71*, n° 3, 536-552.
7. Granjon (A.) et Henrion (R.). — Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège. *Gyn. Obst.*, janv.-mars 1959, *58*, n° 1, 43-64.
8. Jarrousse (J.) et Lerat (M.F.). — Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, fév. 1959, *54*, n° 2, 91-108.
9. Kraussold (E.). — Présentation du siège et césarienne. *Zbl. Gyn.*, 1952, n° 36, 1425-1430.

10. Lacomme (M.) et Le Lorier (G.). — Sur quelques éléments du pronostic fœtal dans la présentation du siège. Réflexions sur les indications du traitement chirurgical. *Gyn. Obst.*, nov.-déc. 1955, *50*, n° 11-12, 348-355.
11. Lacomme (M.). — Pratique obstétricale. Masson et C^ie^, édit., Paris, 1960.
12. Massol-Desmoulin (S.). — L'évolution de la conduite à tenir dans les accouchements en présentation du siège de 1958 à 1967. *Thèse*, Toulouse, 1970, n° 62.
13. Rivière (M.), Chastrusse (L.) et Dubecq (J.P.). — De quelques éléments du pronostic fœtal dans la présentation du siège. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1961, *13*, n° 4 bis, 553-554.
14. Rivière (M.), Chastrusse (L.). — L'épreuve du travail « sur le col », élément de pronostic dans l'accouchement en présentation du siège. *Gyn. Obst.*, 1967, n° 4, 395-428.
15. Rouchy (R.), Crèze (J.), Le Dall (R.) et Grosieux (P.). — La mortalité fœtale dans l'accouchement par le siège. *Gyn. Obst.*, 1963, *62*, 323-330.
16. Rouchy (R.), Grosieux (P.), M^me^ Rochard (M.T.), Miner (F.J.) et Crèze (J.). — Opération césarienne et présentation du siège. *Gyn. Obst.*, 1966, *65*, 5, 573-584.
17. Serment (H.), Bossi (G.), Piana (L.), Blanc (B.) et Olivier (G.). — La place de la césarienne dans l'accouchement en présentation du siège.
18. Vermelin (H.). — Notre statistique de l'accouchement en présentation du siège. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1959, *11*, n° 4 bis, 396-400.
19. Vermelin (H.) et Ribon. — Présentation du siège. Encyclopédie Méd. Chir. (Obstétrique), 1952, vol. 1.